

دستورالعمل نحوه ثبت و نگارش گزارش پرستاری نظام مند و سازماندهی شده

کلیه همکاران پرستار موظفند به منظور ثبت و نگارش گزارش پرستاری در تمامی بخش ها از این قالب که به صورت سیستماتیک و نظام مند بوده و مشاهدات و نظرات پرستار و اقداماتی را که در طول شیفت برای بیمار صورت می گیرد را در قالب مروری بر دستگاه های بدن نشان می دهد، استفاده نمایند. توصیه می گردد در سمت چپ فرم گزارش پرستاری مشاهدات و نظرات پرستار و اقداماتی پرستاری که بر اساس فرایند پرستاری و مشکلات بیمار در هر سیستم برای بیمار صورت می گیرد به همراه سایر اقدامات درمانی و پزشکی ذکر گردد و نتیجه آن نیز در هر قسمت بیان شود در قسمت راست فرم نیز کلیه اقدامات دارویی و مایع درمانی از جمله موارد Stat با ذکر ساعت دقیق آن ثبت شود. در مورد فلوشتیت بخش ICU نیز این موارد باید در قسمت مربوط به گزارش پرستاری به صورت پیوسته و سیستماتیک ثبت گردد.

در ابتدا به منظور تأکید بر شناسایی بیمار توسط پرستار، ضمن معرفی بیمار و اینکه بیمار در کدام سرویس بستری یا تحت نظر می باشد، گزارش را شروع کنید، سپس بر اساس قالب زیر گزارش خود را کامل نمایید.

توجه: در گزارش بد ورود Arrival Note و در زمان پذیرش بیمار به خصوص در مورد بیماران اورژانس به نحوه ورود بیمار، چگونگی وضعیت و ظاهر اولیه بیمار، متعلقات بیمار شامل اشیاء قیمتی، طلا، دندان مصنوعی و سایر موارد مهم و ضروری مثل شرح حال و تاریخچه SAMPLE و... باید اشاره گردد.

CNS (سیستم اعصاب مرکزی):

در اینجا با استفاده از سیستم AVPU، LOC (سطح هوشیاری) بیمار را در گزارش ثبت کنید به طور مثال بیمار هوشیار و آگاه است و یا بیمار خواب آلوده و گیج بوده و در پاسخ به محرک های کلامی چشمان خود را باز می کند و... در مورد بیماران ضربه به سر، بیماران اینتوبه و زیر دستگاه ونتیلاتور، بیماران بستری در ICU و یا بیمارانی که در انتظار رفتن به بخش های ویژه می باشند، باید در گزارش از معیار کمای گلاسکو (GCS) به منظور گزارش وضعیت هوشیاری و عملکرد سیستم عصبی مرکزی (CNS) استفاده گردد. در بخشهای ICU به خصوص در مورد بیماران داخلی بهتر است از مقیاس FOUR استفاده گردد. معیاره مردمک ها و ثبت آن با استفاده از یادیار PERRLA معادل pupil, equal, round, reactive to light and accommodation نیز در صورت نیاز باید در همین قسمت ثبت گردد.

Respiratory System (سیستم تنفسی):

در این قسمت وضعیت تهویه تنفسی بیمار شامل نوع و الگوی تنفسی بیمار، تعداد تنفس، صداهای تنفسی (رال، ویز، روناکی، استرایدور)، میزان اشباع اکسیژن خون شریانی در صورت انجام پالس اکسیمتری، نحوه دریافت اکسیژن، وجود لوله تراشه یا تراکیاستومی تیوب، قرار داشتن زیر دستگاه تهویه مصنوعی با ذکر پارامترهای اصلی دستگاه مثل مد، حجم جاری، تعداد تنفس و...، نتایج گازهای خون، میزان ترشحات دستگاه تنفس و رنگ و بوی آنها، وجود چست تیوب و عملکرد آن و به طور کلی هر آنچه که در مورد وضعیت راه هوایی و تنفس بیمار باید ذکر گردد، بایستی در گزارش ثبت شود. اقداماتی مثل ساکشن تراشه و حلق، گرافی قفسه سینه، فرستادن کشت خلط و یا سایر ترشحات دستگاه تنفس و... نیز باید در همین قسمت نگاشته شود و بهتر است علائم حیاتی بیمار نیز در مورد هر سیستم در همان قسمت ثبت گردد به طور مثال: بیمار با تنفس خودبخودی ولی همراه با زجر تنفسی که با ماسک ساده ۸ لیتر در دقیقه اکسیژن دریافت می کند. RR: ۲۲ و SpO₂: ۹۲٪ اقدامات: وضعیت نیمه نشسته، تعویض ماسک ساده با ماسک یبا کیسه ذخیره بعد از تماس با سرویس مربوطه یا پزشک بیهوشی

Cardiovascular System (سیستم قلب و عروق):

در این قسمت وضعیت همودینامیک بیمار شامل تعداد ضربان و ریتم قلبی بیمار در صورت مانیتورینگ، فشار خون، میزان CVP و یا فشار Arterial Line در صورت وجود، اشاره به محل و وجود آنژیوکت، CVP یا شالدون، فیسیچول، کات دان و... میزان و نوع مایع دریافتی بیمار به طور مثال مایع نرمال سالین به همراه ۱۵ سی سی KCL ۲۰ قطره در دقیقه در جریان است. که بایستی در قسمت داروها نوشته شود در طول این شیفت بیمار چه میزان مایع بر اساس این دستور گرفته است نه اینکه این دستور در قسمت داروها ذکر گردد. (IV N/S 1000 with 7/5 cc KCL 600 CC) و در سمت چپ ذکر گردد چه میزان مایع به شیفت بعد تحویل داده شد. دریافت خون و فرآورده های خونی نیز باید در این قسمت ذکر گردد. مثال این قسمت شامل: بیمار همراه با تاقیکاردی سینوسی به همراه PVC 110 PR و BP:90/60 آنژیوکت سبز در دست راست بیمار قرار داشته و بیمار ۲۵ قطره در دقیقه سرم دکستروسالین دریافت می کند. در طول شیفت بیمار دچار کاهش فشار خون گردید. اقدامات: ۵۰۰ سی سی مایع نرمال سالین به صورت Stat به بیمار داده شد. جواب آزمایشات غیر طبیعی در مورد هماتولوژی و وضعیت گردش خون نیز بهتر است در گزارش پرستاری در همین قسمت نوشته شود. Hb: 7 و یا اختلال پلاکت و یا تغییر در PT,PTT,INR در برخی بیماران و یا تغییرات آنزیم ها و مارکرهای قلبی و...

GI&Endocrine System (سیستم گوارش و غدد درون ریز) :

در این قسمت اشاره به PO یا NPO بودن بیمار، نوع رژیم غذایی، نوع TPN، اشتهای بیمار، وجود NG و OG Tube، دستور و میزان گاوآژ، لاواژ، اتصال به بگ یا ساکشن، وجود کافی گراند و یا رنگ و بوی غیر طبیعی ترشحات معده، وجود کلستومی، گاستروستومی و یا PEG، وجود تهوع و استفراغ، یبوست، اسهال، نفخ شکم، بی اختیاری در دفع، انما، کلونوسکوپ و آندوسکوپ و سایر موارد مرتبط با سیستم گوارشی باید ذکر شود.

به طور مثال: NG Tube در محل خود قرار داشته و ۱۵۰ سی سی گاوآژ هر ۴ ساعت صورت گرفت. بیمار در طول شیفت دچار یبوست و نفخ شکم گردید که با پزشک سرویس مربوطه هماهنگی لازم صورت گرفت. اقدامات: شیاف بیزاکودیل اعدد برای بیمار گذاشته شد. ارزیابی وضعیت تغذیه ای بیمار و در صورت نیاز انجام مشاوره های تخصصی تغذیه نیز بهتر است در همین قسمت ثبت گردد.

موارد و مشکلات سیستم غدد درون ریز نیز مثل بیماران دیابتی و... نیز در همین قسمت باید ثبت شود. در ضمن در صورت داشتن چارت قند خون و وجود پروتکل انسولین نیز در همین قسمت باید میزان قند و انسولین دریافت شده بیمار بر اساس دستور و پروتکل انسولین موجود ذکر گردد.

Genitourinary System (سیستم ادراری-تناسلی) :

در این قسمت مواردی مثل وجود فولی، کاتتر سوپرا پیوبیک، نفروستومی، وجود یا عدم وجود دیورز به صورت اولیگوری، پلی اوری، آنوری، رنگ ادرار، احتباس ادراری، میزان جذب و دفع، انجام دیالیز و سایر موارد مرتبط با این سیستم از جمله موارد غیر طبیعی در آزمایشات الکترولیت ها مثل هیپرکالمی، اوره و کراتینین و... باید ذکر گردد. بطور مثال: فولی در محل خود قرار داشته و دیورز برقرار است. رنگ ادرار تیره و همراه با هماچوری می باشد. اقدامات: مراقبت از فولی صورت گرفت. میزان I&O چک شده و در فرم مخصوص چارت گردید. شبکار باید میزان I&O ۲۴ ساعته بیمار را جمع زده و در گزارش خود در همین قسمت ذکر کند. موارد و مشکلات سیستم تناسلی و یا موارد مربوط به حاملگی و بارداری نیز در همین قسمت باید ثبت شود.

Musculoskeletal System (سیستم عضلانی-اسکلتی) :

در این قسمت مواردی مثل فعالیت بیمار شامل: CBR (استراحت مطلق) و یا اجازه خارج شدن از تخت، محدودیت حرکتی، داشتن وسایل کمکی مثل عصا و واکر، داشتن فعالیت طبیعی در اندامها، فلج یا بی حسی اندامها، تورم و بدشکلی در اندامها، بررسی حس، حرکت و نبض در مورد جراحات بافت نرم و یا شکستگی ها و درفتگی ها در دیستال اندام مبتلا، وجود آتل یا گچ در اندامها، وجود تراکشن اسکلتی یا پوستی با ذکر میزان وزنه ها در مورد لگن یا استخوان ران، وجود بانداژ کشی یا آویزان بودن اندام، پانسمان و بانداژ در اندامها، توجه به استفاده متناوب از کیسه یخ، بالا گرفتن اندام مبتلا و سایر موارد مربوط به این سیستم باید ذکر گردد. به طور مثال آتل بلند زیر پای راست بیمار قرار داشته و حس، حرکت و نبض اندام طبیعی می باشد. اقدامات: قرار دادن کیسه یخ به طور متناوب و بالا گرفتن اندام به اندازه ۳۰ درجه از سطح قلب

Skin (پوست) :

در این قسمت مواردی مثل رنگ پوست (رنگ پریدگی، زردی، برافروختگی و سیانوز)، شرایط و دمای پوست (خشک، مرطوب، سرد، داغ، راش و کهیر، زخم، سوختگی، ضایعات مختلف و...)، خارش، ترگر پوستی، درجه حرارت بدن شامل تب، هیپوترمی و هیپوترمی، وجود زخم بستر یا سوختگی به همراه اندازه و درجه و محل آن و سایر موارد مرتبط با پوست بیمار باید ذکر گردد. به طور مثال: پوست بیمار گرم و برافروخته است. بیمار تب دارد T:38/5 زیر بغلی دارد. در ناحیه ساکروم بیمار یک زخم بستر درجه ۲ به اندازه ۵×۵ دارد که بوسیله کارشناس زخم پانسمان صورت گرفت. اقدامات: تغییر پوزیشن بیمار هر ۲ ساعت با همکاری کمک بهیار انجام Wet Sponge و تن شویه و استفاده از شیاف استامینفن طبق تماس تلفنی با پزشک یا بر اساس دستورات موجود در کاردکس پرستاری

Psychosocial System (سیستم روانی - اجتماعی):

موادی مثل پرخاشگری، آژیتاسیون و بیقراری، غمگین و گوشه گیر بودن، داشتن یا نداشتن فرایند فکری طبیعی دلیربوم، اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران، اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم ترک، عصبانیت و خشم، آرام بودن و همکاری و یا عدم همکاری بیمار برای اقدامات درمانی و سایر موارد مرتبط با وضعیت رفتاری و روحی بیمار به طور مثال: بیمار در طول شیفت بیقرار و پرخاشگر بود و همکاری مناسبی برای ارائه مراقبت و انجام اقدامات درمانی نداشت.

Patient Education (آموزش به بیمار): کلیه موارد آموزش به بیمار یا همراهان بایستی در ارتباط با هر

سیستم و مراقبت های آن در قالب همان سیستم ثبت گردد.

Follow Ups (پیگیری های ضروری): در انتهای هر گزارش باید تمامی موارد مهم و قابل پیگیری شامل

پیگیری جواب آزمایشات، اقدامات تشخیصی و درمانی، گرافی و اسکن ها و آمادگی بیمار برای پروسیجرهای خاص یا عمل جراحی که باید توسط بخش و پرستار بعدی بیمار صورت گیرد در این قسمت ذکر شده و بر روی آن تأکید گردد.

Discharge Planning (برنامه ریزی ترخیص): در این قسمت برای بیماران ترخیص شده برنامه ریزی حین

ترخیص در مورد بیمار و آموزش های داده شده به بیمار و همراهان در زمان ترخیص در مورد مواردی مثل نحوه مصرف داروهای بیمار، زمان مراجعه به درمانگاه و سایر توصیه های مهم باید در گزارش پرستاری ذکر گردد.

Incident Report (گزارش حادثه): در صورت بروز حادثه برای بیمار باید شرح ماوقع به طور دقیق و با ذکر تمامی جزئیات و استفاده از فرم مخصوص گزارش حوادث در گزارش ذکر گردد. در ضمن در مورد CPR و گزارش فوت غیر منتظره بیمار نیز باید علاوه بر پر شدن فرم های مخصوص تمامی مراحل و فرایند طی شده به طور دقیق در گزارش قید شود.

نکته: در مورد هر سیستم و بر اساس فرایند پرستاری باید بر اساس تشخیص پرستاری، اقدامات ضروری برنامه ریزی و اجرا شده و اثر بخشی اقدامات پرستاری انجام شده و پیامدهای ناشی از آن در هر سیستم در گزارش در همان قسمت یا بخش مربوط به به کاردکس تشخیصی و مراقبتی ثبت گردد.

نکته: با توجه به اهمیت ارزیابی درد در پرستاری به عنوان پنجمین علامت حیاتی در صورت وجود درد در هر یک از سیستم های اشاره شده ضمن ارزیابی درد با یادآور OPQRST، اقدامات انجام شده در این خصوص و نتیجه آن نیز در همان قسمت باید در گزارش ذکر شود.

نکته: به دلیل اهمیت ذکر کردن امتیاز مقیاس های BRADEN و MORSE و ماهیت متغیر آنها بر اساس سیر بیماری هر فرد این موارد باید با استفاده از راهنمای فرم ارزیابی اولیه پرستار و برای تأکید بیشتر در انتهای گزارش هر شیفت توسط پرستار بیمار ثبت و در صورت بروز تغییرات مهم و نیاز به توجهات خاص باید در قسمت پیگیری های مهم بدان موارد اشاره گردد.

WebSite: www.Amirsalari.ir

0912 406 55 10

 **Salaramir@gmail.com**

 **Amirsalari2136**

 **@Amirsalari**